

Déroulement de la démarche pour le chemin clinique

Page 1/9

Une information du programme EPP est apportée à l'ensemble de l'équipe soignante (paramédicale et médicale), par un médecin désigné de l'unité, service ou département au cours d'une réunion. Les recommandations sont diffusées à l'ensemble de l'équipe soignante. Une information sur le programme et le déroulement de cette évaluation est effectuée, en réunion par ce médecin.

La méthodologie repose sur l'autoévaluation et l'accompagnement du médecin responsable grâce à une fiche à renseigner en temps réel, au fur et à mesure de la démarche de limitation et/ou arrêt de traitements (LAT) : discussion, décision et mise en application. Lors de la première évaluation par le chemin clinique, chaque médecin doit évaluer un minimum de 5 décisions de LAT.

Le médecin s'étant évalué une première fois par cette méthode doit renouveler cette évaluation dans les 2 ans. La deuxième évaluation intervient après mise en place d'éventuelles actions correctrices, sur un minimum de 5 décisions de LAT par médecin. Chaque période d'évaluation ne devra pas excéder une durée de 3 mois. Les formulaires du chemin clinique renseignés par chaque médecin doivent être colligés et analysés. Cette analyse peut être effectuée par un seul médecin de l'équipe.

La synthèse est exposée à l'équipe soignante par un médecin au cours d'une réunion. Des décisions pour modifier les pratiques pourront être prises à cette occasion.

Le chemin clinique concernant les décisions de LAT doit formaliser l'ensemble de la démarche allant de «l'inventaire des situations» pouvant amener à ce type de décision jusqu'à la prise en charge après le décès.

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Etiquette Patient

Chemin clinique LAT

Renseigné par.....

Date

Situations suscitant une réflexion sur l'intensité des traitements en cours		Oui	Non --> Actions d'amélioration
Patient éligible à cette réflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Les traitements en cours ou les traitements proposés ne peuvent modifier le pronostic • Absence de réponse voire aggravation malgré une thérapeutique adaptée et bien conduite • Association de plusieurs critères défavorables rendant le pronostic très sombre : <ul style="list-style-type: none"> Autonomie préexistante évaluée selon un score ou une grille validés Autonomie prévisible à l'issue très limitée Antécédents ou terrain • Les thérapeutiques proposées nécessitent un investissement important en terme de moyens humains et matériels devenant disproportionnés par rapport à l'issue défavorable • Autre ? (A préciser)..... 		
Initiative de la démarche	<p>Par qui ? IDE/ AS/ Cadre/ Médecin/ Patient/ Personne de confiance/Famille/Proches Autres.....</p> <p>A quel occasion ? Visites médicales/ Staff/ Rencontres familles</p>		

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Le processus de LAT répond aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes éthiques indissociables de ces situations		Page 3/9	
<i>1^{er} temps Discussion collégiale</i>		<i>Oui</i>	<i>Actions d'amélioration</i>
Soignants Modalités	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion en réunion dédiée • Soignants médicaux et paramédicaux présents au cours de cette réunion ----> Au minimum le médecin et l'équipe paramédicale en charge du patient ----> Peuvent être présents <ul style="list-style-type: none"> Les correspondants médicaux réguliers du patient Intervenants extérieurs comme l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) Autres (A préciser)..... • Consultant extérieur ----> N'a pas de relation hiérarchique avec le médecin en charge du patient ----> Consulte le dossier et examine le patient avant de donner un avis ----> Note son avis sur l'opportunité de LAT et l'écrit dans le dossier du patient 		
Volonté du patient	<ul style="list-style-type: none"> • L'expression de la volonté du patient Le patient est en capacité de l'exprimer, après une information claire <ul style="list-style-type: none"> Son avis lui est demandé Respect de son avis Le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté <ul style="list-style-type: none"> ---> Elle est recherchée dans ses directives anticipées Elles sont conformes à la loi -décret de 2006 (datées, signées par le patient et datant de moins de 3 ans) ---> Elle est recherchée auprès de la Personne de confiance La personne de confiance a été désignée par le patient conformément à la loi (datée, signé par le patient) Son avis sur ce qu'aurait voulu le patient a été recherché ---> Elle est recherchée auprès de la famille ou des proches 		

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Le processus de LAT répond aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes éthiques indissociables de ces situations		Page 4/9	
<i>1^{er} Temps Discussion collégiale</i>		<i>Oui</i>	<i>Actions d'amélioration</i>
Information du questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient ou à défaut la personne de confiance/ la famille ou les proches sont informés du questionnaire en cours 		
Critères d'argumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion sur critères médicaux objectifs HDM/diagnostic/pronostic actuel/ Age et terrain Prise en charge jusqu'à ce jour/ efficacité des TTT entrepris Réversibilité potentielle des pathologies actuelles et antérieures Survenue d'événements iatrogènes • Discussion sur critères scientifiques Données de la littérature sur ce type de situation Rapport bénéfice/risque des possibilités de prise en charge • Discussion sur les critères contextuels Prise en compte de l'histoire du patient, des souhaits de celui-ci ou exprimés par la personne de confiance (PDC)/famille ou proches ainsi que la position de la PDC/famille ou proches dans leurs dimensions psychologiques et spirituelles • Discussion selon des repères éthiques Autonomie/Consentement/ Information Respect du droit du patient, de sa liberté de juger de ce qui « est bien pour lui » Après une information « loyale, claire et appropriée » Bienfaisance : Objectif du TTT = bénéfice réel pour le patient Non malfeasance : Objectif du TTT = ne nuit pas ou n'engendre pas de contraintes inacceptables Proportionnalité : la solution envisagée est proportionnelle à la situation globale du patient, incluant son contexte et ses perspectives de vie, au-delà de la simple balance bénéfice/risque Justice distributive : Prise en compte du rapport « coût- efficacité » 		

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Le processus de LAT répond aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes éthiques indissociables de ces situations		Page 5/9	
<i>2^{ème} temps Prise de décision</i>		oui	<i>Actions d'amélioration</i>
Argumentation et prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> • L'argumentation est retracée dans le dossier du patient • La décision de LAT est notifiée dans le dossier, datée par le médecin en charge du patient 		
Type de décision	<ul style="list-style-type: none"> • Décision de poursuite des TTT/ même intensité ---> Information ou • Décision de LAT ---> Information et Modalités (p.6) ou • Impossibilité de parvenir à une décision ---> Poursuite de la même prise en charge ---> Poursuite de la réflexion ultérieurement (délai à définir) 		
<i>3^{ème} temps Communication/Information de la décision</i>		oui	<i>Actions d'amélioration</i>
Communication Information de la décision	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient est informé de la décision si il est en capacité de l'entendre ---> au cours d'un entretien spécifique ---> avec les soignants médicaux et paramédicaux en charge du patient • La Personne de Confiance, la famille ou les proches sont informés de la décision ---> au cours d'un entretien spécifique ---> avec les soignants médicaux et paramédicaux en charge du patient • Information du médecin traitant • Information des autres correspondants médicaux réguliers du patient ---> par le médecin responsable du patient 		

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Nom du patient	Page 6/9
----------------	----------

Modalités des LAT - Thérapeutiques		oui	Actions d'amélioration
Limitation des thérapeutiques <i>ne pas faire ou ne pas débiter</i>	<input type="checkbox"/> MCE <input type="checkbox"/> CEE <input type="checkbox"/> Médicaments inotropes <input type="checkbox"/> Ne pas débiter <input type="checkbox"/> Si déjà prescrit Médicaments..... Dose max..... <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Apports hydriques <input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Autres TTT	<input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> EER <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Transfusion CG Plq Autres <input type="checkbox"/> Anticoagulants	
Arrêt des thérapeutiques	<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Apports hydriques <input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Transfusion CG Plq Autres <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Autres TTT	<input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> EER	
Modalités des LAT - surveillance et examens complémentaires		oui	Actions d'amélioration
Arrêt Modalités de Surveillance Examens paracliniques	<input type="checkbox"/> Monitoring ECG/ TA / SpO2 / FR <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> Examens Radiologiques IRM / TDM <input type="checkbox"/> Echographies <input type="checkbox"/> Prélèvements sang / urines / bactériologiques <input type="checkbox"/> Suppression des alarmes moniteur / respirateur <input type="checkbox"/> Suppression VVC/ SAD/ SG/ Drains/ autres.....		

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Nom du patient		Page 7/9	
Modalités des LAT - Démarche palliative		oui	Actions d'amélioration
Patient	<p>Prise en charge de la douleur physique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluation <input type="radio"/> Instauration d'un TTT antalgique (selon un protocole de service préétabli) <input type="radio"/> Réévaluation <p>Prise en charge de la douleur morale/psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluation (confusion/ agitation/ angoisse/ dépression....) <input type="radio"/> Instauration d'un TTT anxiolytique <input type="radio"/> Autres TTT <input type="radio"/> Recours aux personnes ressources <p>Prise en charge de symptômes respiratoires (dyspnée/encombrement)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Evaluation <input type="radio"/> Instauration d'un TTT (selon un protocole de service préétabli) <p>Prise en charge autres symptômes</p> <p>Prise en charge du patient lors d'une extubation «terminale»</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> selon un protocole de service préétabli <p>Recours à une sédation en situation de fin de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> selon un protocole de service préétabli <p>Soins de base du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nursing IDE/AS <input type="radio"/> Visite médicale 		
	Devenir du patient	<p>Devenir du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reste en réanimation <input type="radio"/> autres CS <input type="radio"/> USP <input type="radio"/> HAD <input type="radio"/> Autres <input type="radio"/> Transmission ou concertation avec équipe d'aval <input type="radio"/> Décision inscrite dans le courrier de sortie 	

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Nom du patient	Page 8/9
----------------	----------

Modalités des LAT - démarche palliative Prise en charge de la famille/ proches	oui	Actions d'amélioration
<div style="display: flex;"> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 10px; width: 15%; text-align: center; font-weight: bold; margin-right: 10px;"> Famille Proches </div> <div style="flex-grow: 1; padding: 10px;"> <p>Accueil de la famille/ des proches</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> La famille souhaite être présente <ul style="list-style-type: none"> ----> Peut rester en permanence ----> Peut dormir sur place ----> Pas de nombre limité de personnes <input type="radio"/> La famille souhaite être prévenue de l'aggravation <input type="radio"/> la famille souhaite être présente au moment du décès <input type="radio"/> la famille ne veut pas être présente <p>Mise à disposition d'un espace pour la famille/les proches</p> <p>Réunions avec le médecin et les paramédicaux ayant en charge le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Rencontres programmées/ non programmées <input type="radio"/> Remise d'un livret de fin de vie <p>Proposition de prise en charge psychologique de la famille/les proches</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Rencontre avec personnes ressources <input type="radio"/> Recours aux personnes ou structures ressources <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> à l'EMSP <input type="radio"/> Psychologue / psychiatre <input type="radio"/> Ministère du culte <input type="radio"/> Bénévoles accompagnants <input type="radio"/> Assistante sociale <input type="radio"/> Autres..... <p>Proposition de prise en charge de la famille après le décès</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Accompagnement auprès du défunt/ possibilité de réaliser des rites culturels <input type="radio"/> Accompagnement pour les démarches administratives <input type="radio"/> Accompagnement pour les temps à venir (papiers, discussions....) </div> </div>		

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
 Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
 Commission Ethique SRLF

Nom du patient	Page 9/9
----------------	----------

<i>Soutien de l'équipe soignante dans la démarche globale de LAT</i>		oui	<i>Actions d'amélioration</i>
Equipe soignante	Soutien psychologique <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Groupe de paroles <input type="radio"/> Lieu de rencontre <input type="radio"/> EMSP		

<i>Nécessité de formation des soignants</i>		oui	<i>Actions d'amélioration</i>
Formation des soignants	<input type="radio"/> Relation/communication <input type="radio"/> Relation/communication <input type="radio"/> Processus de mort <input type="radio"/> Démarche palliative <input type="radio"/> Connaissance des lois <input type="radio"/> formations institutionnelles (locale, SRLF...) <input type="radio"/> Groupe de travail Mise en place de procédure Mise en place de protocoles		

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Références Bibliographiques

Chemin clinique. Une amélioration de la qualité. Juin 2004 HAS. Service évaluation des pratiques. <http://www.anaes.fr>

Code de la santé publique. <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. <http://www.legifrance.gouv.fr>

Les limitations et arrêts des thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte : recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Réanimation 2002; 11: 442-9. <http://www.srlf.org>, suivre commissions puis commission d'éthique.

Décret n°2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi du 22 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n°-99 du 9 juin 1999 relative aux soins palliatifs. <http://www.legifrance.gouv.fr>

Circulaire DHOS/DGS n° 2002/98 du 19 février 2002 sur l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement à domicile et en institution. www.sante.gouv.fr

Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations professionnelles. Haute Autorité de Santé, 2002. <http://www.has.sante.fr/portail/>

ANAES. Conférence de consensus « Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches ». Paris, 14-15 janvier 2004. <http://www.anaes.fr>, suivre liste des avis

Hennezel de M. Mission Fin de vie et accompagnement : rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, octobre 2003. <http://www.ladocumentation française.fr>

Emmanuel Hirsch. Face aux fins de vie et à la mort. Ethique et pratiques professionnelles au cœur du débat. Eds Vuibert, juin 2004

Ferrand E., Robert R., Ingrand P., Lemaire F. for the French LATAREA group. Withholding and withdrawing of life support in intensive care units in France: a prospective study. *Lancet* 2001; 357: 9 - 14.

Boles JM. La place du débat éthique dans la décision médicale en réanimation médicale. In Ethique du soin : quels fondements pour quelles pratiques ? sous la dir. de D. Leboul et P. David. Carnets de l'Espace éthique de Bretagne Occidentale, n°1. Editions Sauramps médical, Montpellier, 2008, p127-143.

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Rubinfeld GD, Curtis JR. Improving care for patients dying in the intensive care unit. *Clin Chest Med* 2003; 24: 763-73

Carlet J, Thijs LG, Antonelli A et coll. Challenges in end-of-life care in the ICU. *Intensive Care Med* 2004; 30: 770-84.

Kuschner WG, Gruenewald DA, Clum N, Beal N, Ezeji-Okoye SC. Implementation of ICU palliative care guidelines and procedures. A quality improvement initiative following investigation of alleged euthanasia. *Chest* 2009 ; 135 : 26-32.

Nelson JE, Angus DC, Weissfeld LA et coll. End-of-life care for the critically ill: a national intensive care unit survey. *Crit Care Med* 2006; 34: 2547-53.

White DB, Luce JM. Palliative care in the intensive care unit: barriers, advances and unmet needs. *Crit Care Clin* 2004; 20: 329-43

Curtis JR Rubinfeld GD eds. Managing death in the intensive care unit. The transition from cure to comfort. New York, Oxford University Press, 2001, 388

Boles JM, Lemaire F., sous la dir. de. Fin de vie en réanimation. Collection Europe de la Société de Réanimation de Langue Française. Paris, Elsevier, 2004, 396 pages.

Rubinfeld GD, Curtis JR. Beyond ethical dilemmas: improving the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care* 2003; 7: 11-2

Rushton CH, Williams MA, Sabatier KH. The integration of palliative care and critical care: one vision, one voice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2002; 14: 133-40

Ciccarello GP. Strategies to improve end-of-life care in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2003; 22: 216-22.

Cook D, Rocker G, Heyland D. Dying in the ICU; strategies that may improve end-of-life care. *Can J Anesth* 2004; 51: 266-272

Fassier T, Lautrette A, Ciroldi M, Azoulay E. Care at the end of life in critically ill patients : the European perspective. *Cur Opin Crit Care* 2005; 11: 616-23.

Clarke EB, Curtis JR, Luce JM et coll. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2003; 31: 2255-62.

Wood GJ, Arnold RM. How can we be helpful ? Triggers for palliative care consultation in the surgical intensive care unit. *Crit Care Med* 2009 ; 37 (3): 1147-8.

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Bradley CT, Brasel KJ. Developing guidelines that identify patients who would benefit from palliative care services in the surgical intensive care unit. Crit Care Med 2009 ; 37 (3) : 946-50.

Code de déontologie médicale. <http://www.conseil-national.medecin.fr>

Azoulay E, Sprung C. Family-physician interactions in the intensive care unit. Crit Care Med 2004; 32: 2323-8

Hawryluck LA, Harvey WR, Lemieux-Charles L, Singer PA. Consensus guidelines on analgesia and sedation in dying intensive care patients. BMC Med Ethics 2002; 3: E3. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/3/3>

Aubry R. Arrêt ou non introduction de l'hydratation en fin de vie ? Que faire ? In Fin de vie en réanimation, JM Boles et F Lemaire eds. Collection Europe de la Société de Réanimation de Langue Française. Paris, Elsevier, 2004, pp 143-50

Kompanje EJ. "The death rattle" in the intensive care unit after withdrawal of mechanical ventilation in neurological patients. Neurocritical Care 2005; 3: 107-10

Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, et al. Recommendations for the end-of-life in the intensive care unit : the Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001, 29 : 2332-2348

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C et coll. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007 ; 356 : 469-478

Marchal C, Vuillaume C. Quelle place pour des bénévoles dans un service de réanimation pédiatrique ? In : Elsevier eds. Enseignement supérieur en soins infirmiers adultes et pédiatriques : 2002. p.315-318

Cantat C. La place des bénévoles dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. Prévenir 2000 ; 38 : 87-92

Marchat C, Vuillaume C, Plançon ML, Hubert P. Les bénévoles ont-ils une place dans un service de réanimation ? Réanimation 2003 ; 12 : 173-177

Boles JM, Boumédiène A, Boles C, Tonnelier JM, Prat G, L'Her E, Renault A. End-of-life care (EOL): Evaluation of the presence of hospice volunteers by families and patients. Communication affichée au 19th annual congress de l'ESICM, Barcelone, 24-27 septembre 2006. Intensive Care Med 2006; 32 - suppl 1: S96 (abstract n°361).

Verspieren P. Spiritualité et besoins spirituels en fin de vie. In Fin de vie en réanimation, JM Boles et F Lemaire eds. Collection Europe de la Société de Réanimation de Langue Française. Paris, Elsevier, 2004, pp 263-9.

Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
Limitation et/ou arrêt des thérapeutiques en réanimation
Commission Ethique SRLF

Renault A, Prat G, Boumédiène A, Dy L, L'Her E, Boles JM. Accueil et prise en charge des familles de patients en fin de vie en réanimation. In Fin de vie en réanimation, JM Boles et F Lemaire eds. Collection Europe de la Société de Réanimation de Langue Française. Paris, Elsevier, 2004, pp 178-84.

Leboul D. La souffrance des soignants au travail. In Fin de vie en réanimation, JM Boles et F Lemaire eds. Collection Europe de la Société de Réanimation de Langue Française. Elsevier, Paris, 2004.

Poncet MC, Toullic P, Papazian L et coll. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Care Med 2007; 175: 698-704.